

КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В КАРДИОЛОГИИ ЧЕРЕЗ РЕАЛЬНУЮ ПРАКТИКУ

*Болезни в учебниках,
в жизни - пациенты*

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина

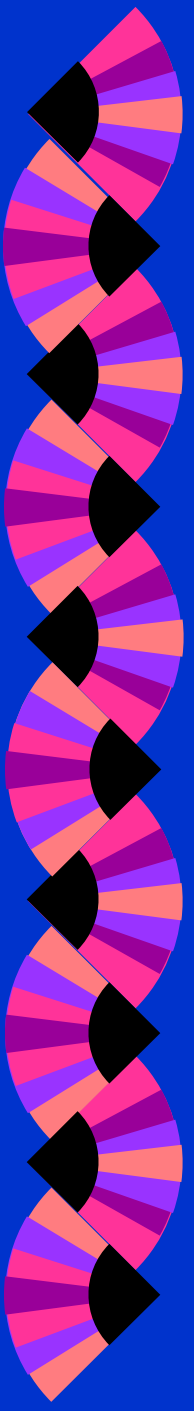
ГЛПУ ЦКБ «Укрзалізниці»

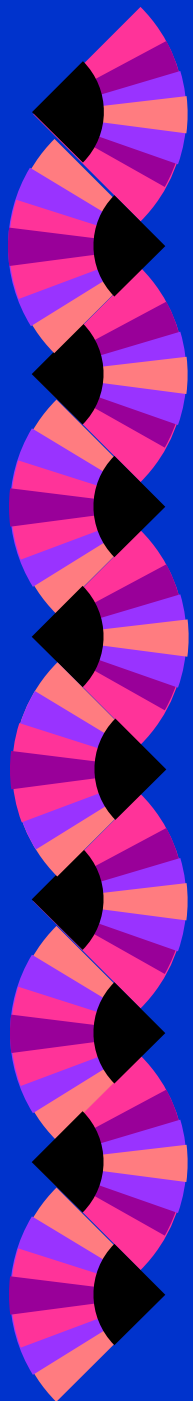
*Макиенко Н.В., Водяницкая Н.А., Гохман А.Я.,
Шляховой Ю.Н., Гладченко А.Р., Яблучанский Н.И.*

Общие данные

- ♦ Пациент Б.
- ♦ Мужчина, 51 год
- ♦ Житель села
- ♦ Старший электромеханик дистанции
сигнализации и связи

Жалобы

- 
- ♦ Головокружение
 - ♦ Одышка в покое, усиливающаяся при ходьбе
 - ♦ Речевая одышка, осиплость голоса
 - ♦ Чувство удушья в ночное время
 - ♦ Учащенное сердцебиение
 - ♦ Быстрая утомляемость, слабость
 - ♦ Плохой сон
 - ♦ Отеки нижних конечностей



Интервьюирование

Anamnesis morbi I

1998 - октябрь 2007 гг

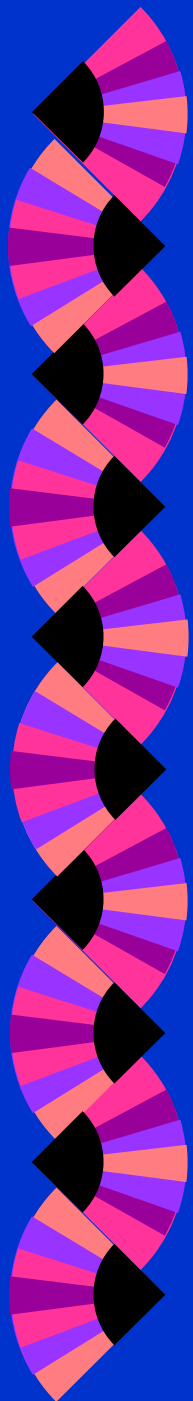
- ♦ 1998 г.: повышение АД до 170/100 мм рт ст (тошнота, рвота) на фоне стресса, артериальная гипертензия (АГ) II стадии
- ♦ 1998 г. Пансистолический пролапс митрального клапана, умеренная (2-ой степени) митральная регургитация
- ♦ 1998 - 2001 гг. - ежегодное плановое лечение в дневном стационаре по поводу артериальной гипертензии (АГ)
- ♦ 2000 г. Легкие без очаговых изменений, корни расширены, обогащены, петрификаты, сердце в норме
- ♦ 2001 - 2006 гг. регулярно не лечится, АД (со слов пациента) до 140/90 мм рт. ст., при подъемах выше 150 мм рт. ст. - анаприлин
- ♦ 2006 г.- «ишемические изменения» задней стенки левого желудочка(ЛЖ) на ЭКГ - «-» Т в отведениях aVF, III. Расценены как нелеченная АГ. Лечился стационарно

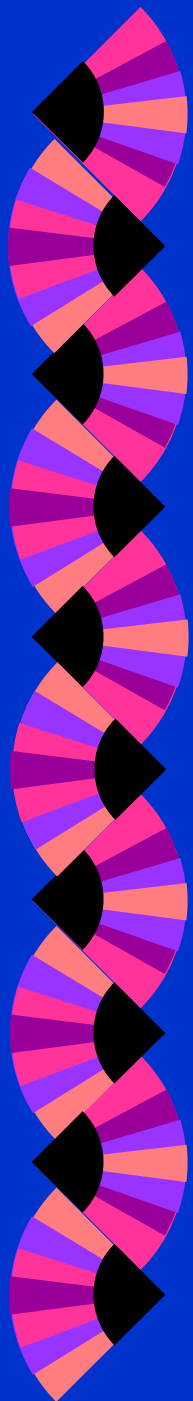
Интервьюирование

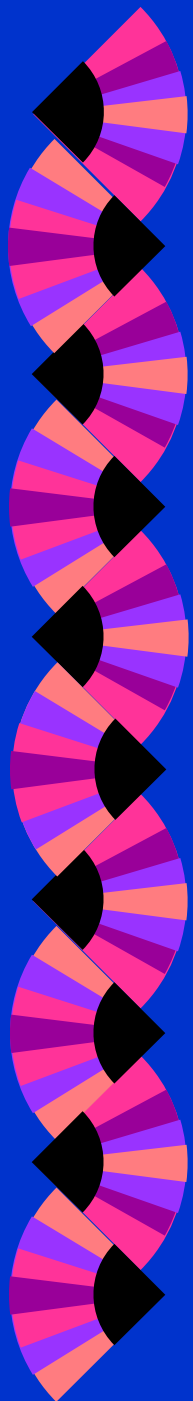
Anamnesis morbi I

1998 - октябрь 2007 гг









Интервьюирование

Anamnesis morbi II

октябрь - декабрь 2007 г

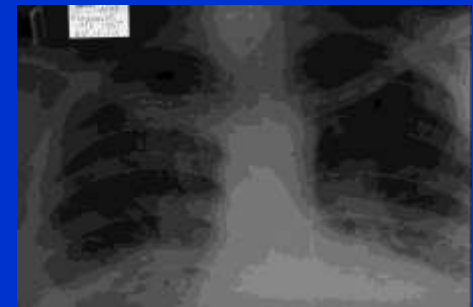
15.10.2007 г.- внезапная слабость, одышка, сердцебиение, подъем Т до 37,6 С

17.10. 2007 г.– Кровохарканье. Инфильтрация легочной ткани правого легкого. Терапевтическое отделение по месту жительства - внегоспитальная пневмония

30.10.- 23.12.2007 г.- противотуберкулезный диспансер – Впервые диагностированный туберкулез (ВДТБ) (27.11.07) правого легкого. Инфильтрация. Деструкция +. МБТ – М-К- Резист 0 ГИСТ 0. Категория 1. Когорта 4 (2007) 5 базисных препаратов (рифампицин, стрептомицин, пиразинамид, изониазид, этамбутол). Рекомендовано продолжить лечение амбулаторно до 3-х мес. С последующим контролем

С 25.12.2007 г. – самостоятельно прекратил прием препаратов

31.12.2007 г. – резкое ухудшение самочувствия, госпитализирован в кардиологическое отделение по месту жительства

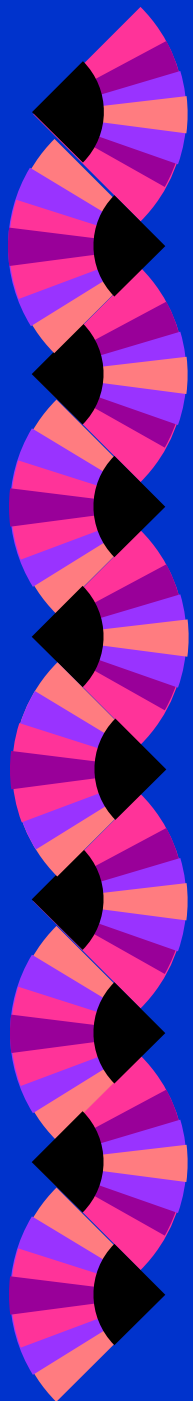


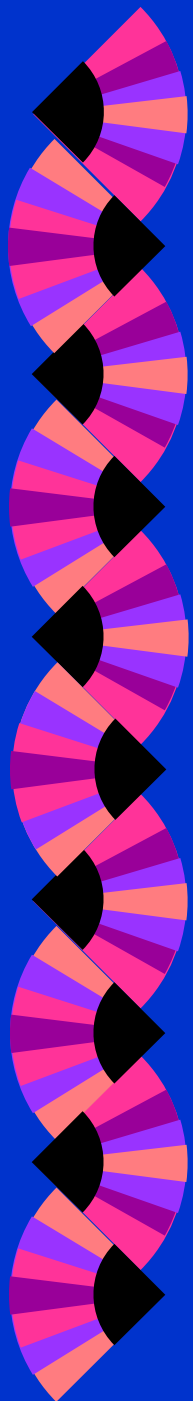
Интервьюирование

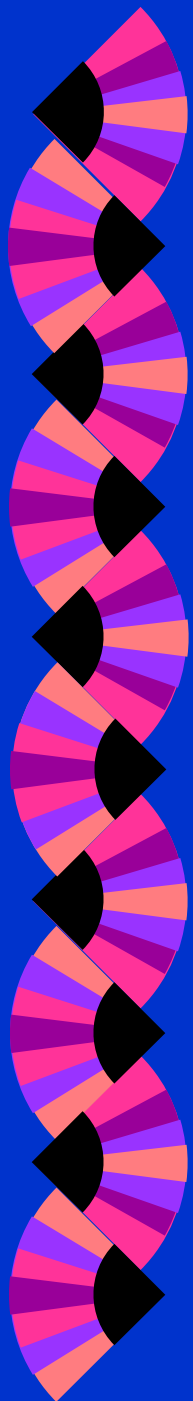
Anamnesis morbi II

октябрь - декабрь 2007 г







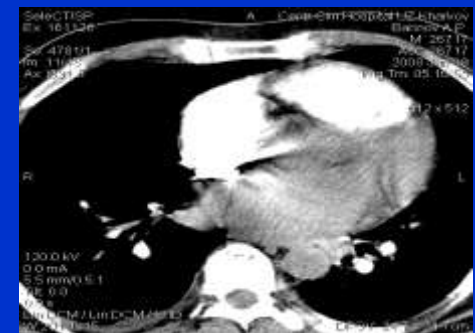
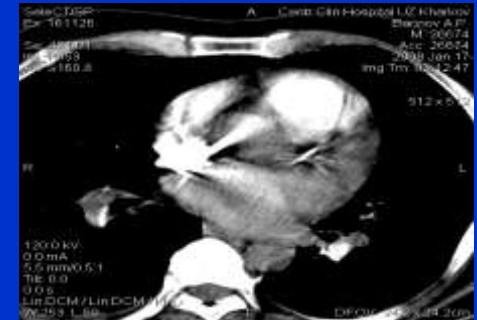


Интервьюирование

Anamnesis morbi III

январь– февраль 2008 г

- ♦ 8.01.2008 - резкая одышка, отеки голеней и бедер
- ♦ 15.01.2008 - реанимация 1 кард. отделения ЦКБ УЗ. Диагноз - субмассивная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), двухсторонний венозный илеофemorальный тромбоз. Компьютерная томография (КТ) с контрастированием – тромбоэмболия легочной артерии (ЛА) в бассейне правой нижнедолевой и левой верхнедолевой ветвей
- ♦ 17-18.01.2007 г. Тромболизис стрептокиназой (строкиназа, Kusum Healthcare) 3 миллиона ЕД. КТ с контрастированием – частичная реканализация ТЭЛА
- ♦ 25.01.2008 г – уменьшение клинических проявлений
- ♦ 8.02.2008 г - выписан, рекомендован прием варфарина, предуктала, кордарона, фуросемида
- ♦ До 17.02.2008 г состояние стабильное

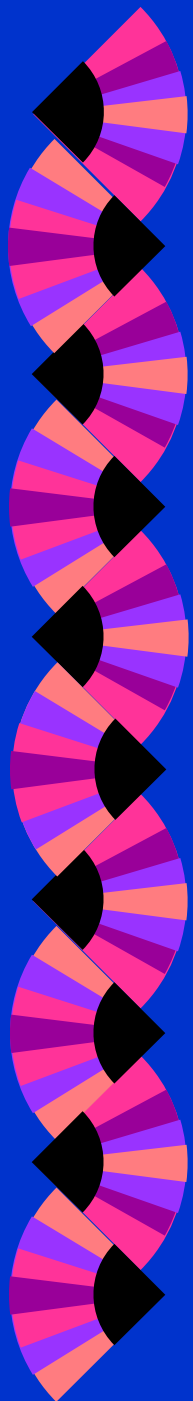


Интервьюирование

Anamnesis morbi III

январь— февраль 2008 г



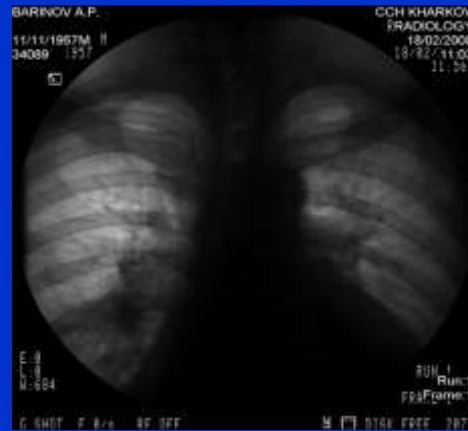


Интервьюирование

Anamnesis morbi IV

март 2008 г – до поступления в клинику

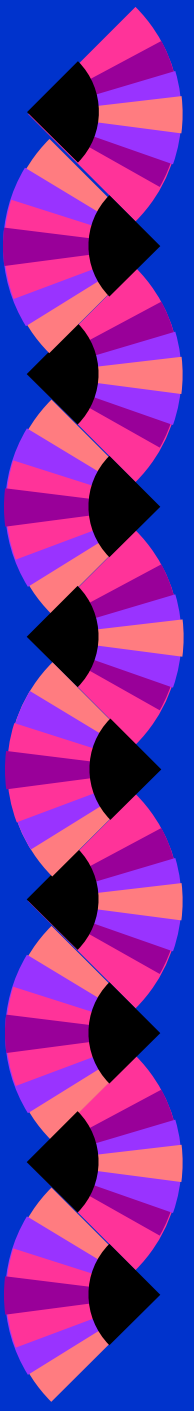
- ♦ 18.02.2008 г - затемнения правого легкого без четких контуров



- ♦ 23.03.2008 г - усиление одышки на фоне приема препаратов (варфарин, вазокет, кордарон)
- ♦ 25.03.2008 г – рентгенологически бронхопневмония, левосторонний гидроторакс
- ♦ 03.04.2008 г – рентгенологически умеренно выраженные признаки венозной гипертензии. Корни структурны, не расширены. В косто-диафрагмальном синусе справа небольшое количество жидкости
- ♦ 4.04.2008 - госпитализирован в 1-ое кардиологическое отделение ЦКБ УЗ
- ♦ Обследование и лечение

Интервьюирование

Anamnesis vitae

- 
- ♦ 1972-1974 гг. - Вираз туберкулиновой пробы, лечение в санатории. Принимал ПАСК и Фтивазид
 - ♦ 1987 г - Оперативное удаление камня левой почки
 - ♦ 2000 г - Грипп
 - ♦ 2000 г - Обширная правосторонняя плевропневмония
 - ♦ 2007 г - Пневмония



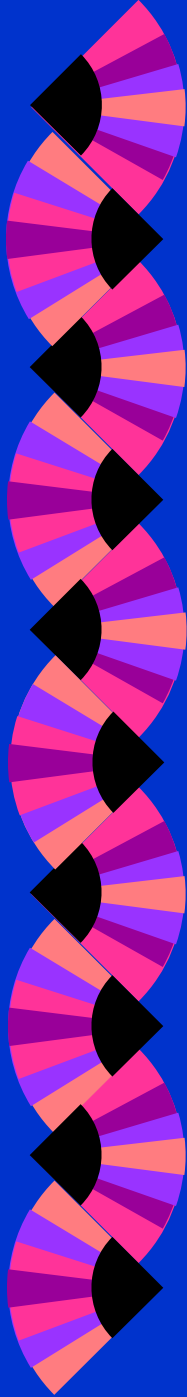
Объективный статус

Status praesens objectivus

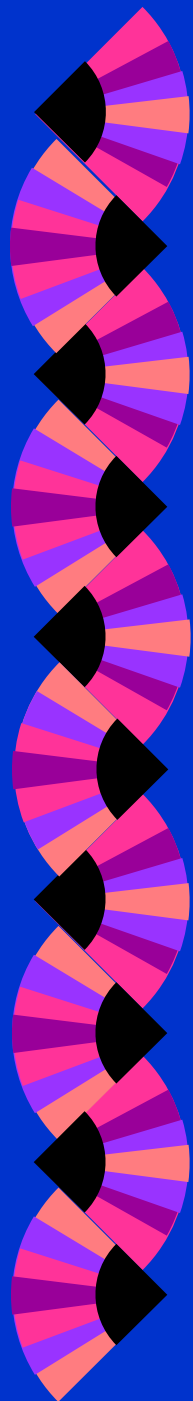
- ♦ Состояние тяжелое
- ♦ Нормостенического телосложения, вес=96 кг, рост =182 см, ИМТ= 29 кг/м²
- ♦ Кожные покровы бледные с желтушным оттенком
- ♦ В левой боковой области – келлоидный послеоперационный рубец
- ♦ Следы от инъекций на верхних конечностях
- ♦ Гинекомастия
- ♦ Осиплость голоса
- ♦ Периферический акроцианоз (губ, кончика носа, мочек ушей)

Объективный статус

Status praesens objectivus

- 
- ♦ Притупление легочного звука в нижних отделах
 - ♦ Дыхание с жестким оттенком
 - ♦ Расширение границ сердца вправо - на 2 см кнаружи от правого края грудины в V межреберье, влево - до передней подмышечной линии в VI межреберье
 - ♦ Деятельность сердца ритмичная. ЧСС=Пульс= 82 удара в минуту
 - ♦ АД 100/60 мм рт ст на обеих руках
 - ♦ Живот увеличен за счет асцита, напряжен
 - ♦ Печень выступает из под края реберной дуги на 4 см
 - ♦ Выраженные отеки голеней и бедер
 - ♦ Кожные покровы нижних конечностей с синюшным оттенком

Объективный статус
Status praesens objectivus



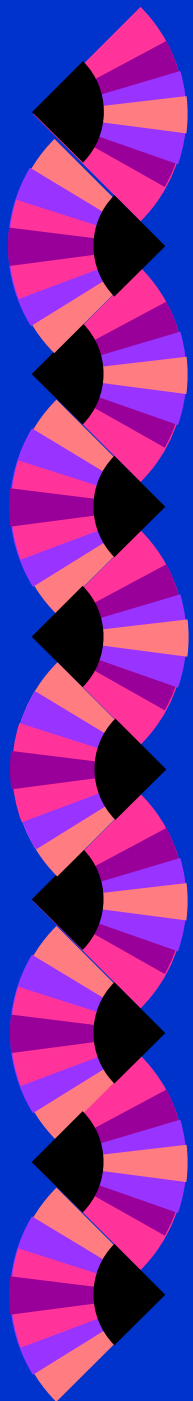
Предварительный диагноз

Основное заболевание

Гипертоническая болезнь III стадии. Гипертензивное сердце.
Недостаточность митрального клапана III степени. Сердечная недостаточность III стадии, IV ФК

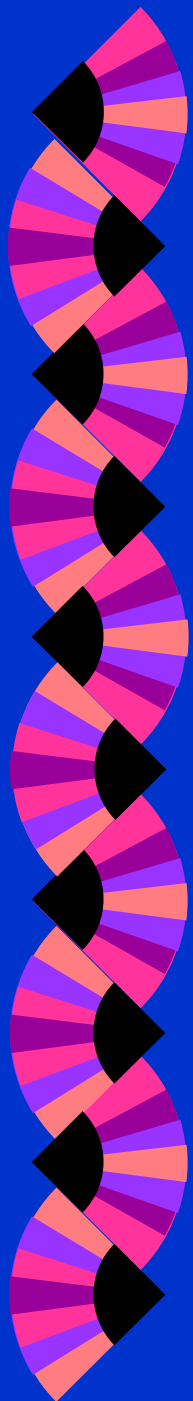
Сопутствующее заболевание

Состояние после субмассивной тромбоэмболии легочной артерии (08.01.2008). Состояние после острого (8.01.2008) илео-фemorального венозного тромбоза слева. Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности



План обследования

- ♦ Лабораторные методы (клинический анализ крови и мочи)
- ♦ Биохимический анализ крови (глюкоза крови, коагулограмма (МНО), печеночные пробы, креатинин, мочевины, электролиты)
- ♦ ЭКГ
- ♦ Радиомониторинг ЭКГ
- ♦ УЗИ сердца
- ♦ УЗИ органов брюшной полости
- ♦ Рентгенография органов грудной клетки (ОГК)
- ♦ УЗИ вен нижних конечностей



Клинический анализ крови

Показатель	Показатели нормы (для мужчин)	Результат пациента
Эритроциты	$4 - 5,5 \times 10^{12}/л$	$4,4 \times 10^{12}/л$
Гемоглобин	130-160 г/л	130г/л
Цветовой показатель	0,8-1, 03	0,88
Лейкоциты	$4-9 \times 10^9/л$	$8 \times 10^9/л$
СОЭ	2-10 мм/ч	3 мм/ч
Эозинофилы	1-5%	2%
Палочкоядерные нейтрофилы	1-5%	1%
Сегментоядерные нейтрофилы	50-70%	69%
Лимфоциты	19-37%	20%
Моноциты	1-6%	7%

Без патологии

Клинический анализ мочи

Показатели	Показатели нормы (для мужчин)	Результат пациента
Удельный вес	1015-1025	1015
белок	----	0,068 г/л
лейкоциты	-----	2-4 в п/зр
эритроциты	-----	8-12, местами 25-30 в п/зр
Цилиндры	-----	2-3 гиалиновых в п/зр
Соли	-----	Немного оксалатов

гематурия, протеинурия, цилиндрурия – мочевого синдром



Биохимическое исследование крови

Биохимическое исследование крови	Показатели нормы для муж	Результат пациента
Глюкоза (ммоль/л)	4,2-6,4 ммоль/л	5,3
Мочевина (ммоль/л)	1,7-8,3 ммоль/л	4,1
Креатинин (мкмоль/л)	62- 124 мкмоль/л	97,6
Билирубин общий	8,5-20,5 мкмоль/л	28,7
АсАТ	10-30 МЕ	21
АлАТ	10-40 МЕ	12
Калий крови	3.4-5.3 ммоль/л	3,96
Na крови	130-156 ммоль/л	132

Гипербилирубинемия

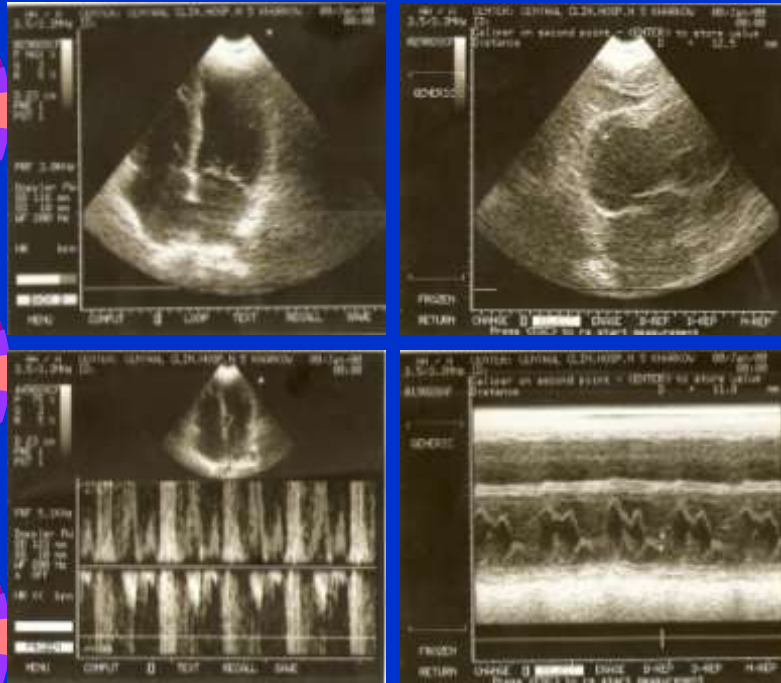
ЭКГ, радиомониторинг ЭКГ



ЭКГ: Ритм синусовый, правильный ЧСС = 85 уд. Выражены потенциалы правых отделов. Признаки нарушения внутрижелудочкового проведения, гипертрофии миокарда левого желудочка.

Радиомониторирование ЭКГ: За период с 3.04.2008 10:04 по 12:01 Ритм синусовый ЧСС от 76 до 92 уд в мин. На фоне синусового ритма зарегистрированы единичные желудочковые экстрасистолы

Ультразвуковые данные сердца



Показатели	Размер	Границы нормы, мм	Данные пациента		
			18.02.2008	25.03.2008	9.04.2008
ЛП	поперечный	24-38	53,2	44,5	49
Аорта	аортальное кольцо	16-26	41	39,7	39
КДР	М-режим, 1-я позиция	45-55	59,5	58,5	59
КСР	- // -	28-40	38,3	36,5	35
ТЗСЛЖ (д)	- // -	9-11	14 -15	13	13
ТМЖП (д)	- // -	9-11	14	13	13
ПЖ	- // -	9-26 (мм)	37,6	41	39
ФВ	- // -	60-70 (%)	64	67	69

09.04.2008 : Эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Склеротические изменения аорты. Митральная регургитация III ст. Дилатация полостей сердца. Сепарация листков перикарда -0,6 см по задней стенке ЛЖ и у правого предсердия -1,3 см. Подвижные нитевидные и глыбчатые наложения на створках митрального клапана позволяет говорить о бакэндокардите с поражением митрального клапана и отрывом хорды митрального клапана (возможным)

Ультразвуковые данные

органов брюшной полости

Гепатомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Утолщение, уплотнение стенок желчного пузыря.

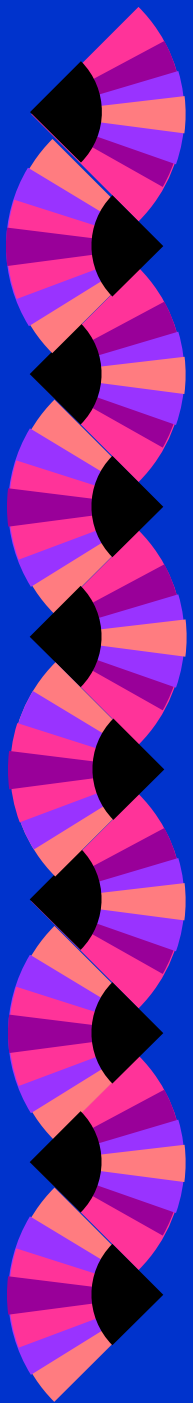
Небольшое количество асцитической жидкости в брюшной полости. Дилатированная полая вена.

Микролиты в почках

Ультразвуковые данные

вен нижних конечностей

Илеофemorальный тромбоз, бедренно - подколенный тромбоз обеих нижних конечностей



Классификация артериальной гипертензии

Степень артериальной гипертензии

Рекомендації Української Асоціації Кардіологів з діагностики, лікування та профілактики артеріальної гіпертензії, 2007 г

Категории АД	Систолическое АД (мм.рт.ст.)	Диастолическое АД (мм.рт.ст.)
<i>Оптимальное АД</i>	<i>< 120</i>	<i>< 80</i>
<i>Нормальное АД</i>	<i>< 130</i>	<i>< 85</i>
<i>Высокое нормальное АД</i>	<i>130 – 139</i>	<i>85 – 89</i>
<i>Мягкая АГ (1 степень)</i>	<i>140 – 159</i>	<i>90 – 99</i>
<i>Умеренная АГ (2 степень)</i>	<i>160 – 179</i>	<i>100 – 109</i>
<i>Тяжелая АГ (3 степень)</i>	<i>> 180</i>	<i>> 110</i>
<i>Изолированная систолическая гипертензия</i>	<i>> 140</i>	<i>< 90</i>

На момент обследования пациента АД 100/60 мм рт ст на фоне гипотензивной терапии

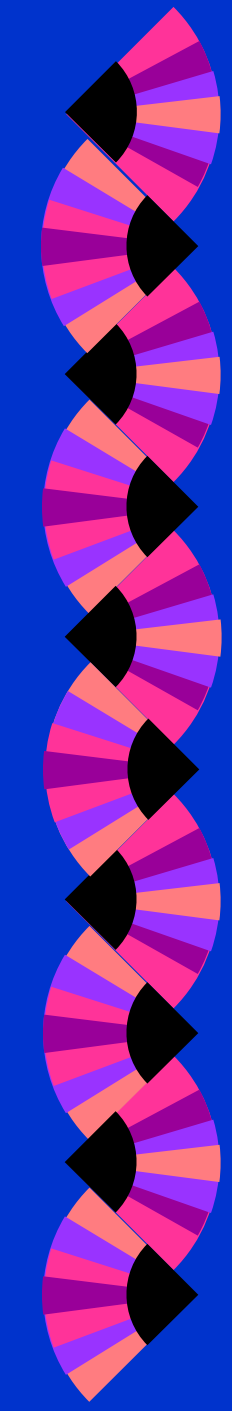
Классификация артериальной гипертензии

Поражение органов-мишеней

Рекомендації Української Асоціації Кардіологів з діагностики, лікування та профілактики артеріальної гіпертензії, 2007 г.

Стадия	Степень поражения органов-мишеней
I	Нет объективных изменений со стороны органов-мишеней
II	<i>Наличие как минимум одного из перечисленных признаков поражения органов-мишеней:</i> <ul style="list-style-type: none">• гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, УЗИ, Ro);• протеинурия и/или повышение уровня сывороточного креатинина (1,2 – 2,0 мг/дл);• генерализованное или локальное поражение артерий сетчатки;• наличие атеросклеротических бляшек в аорте, в сонной, подвздошной и бедренной артериях (по данным УЗИ, Ro).
III	<i>Наличие клинических признаков, необратимых изменений со стороны органов-мишеней:</i> <ul style="list-style-type: none">• сердце – стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность;• головной мозг – инсульт, транзиторная ишемическая атака, острая гипертензивная энцефалопатия, хроническая гипертензивная энцефалопатия III стадии, сосудистая деменция;• глазное дно – кровоизлияние и экссудаты в сетчатке с отеком диска зрительного нерва или без него;• концентрация креатинина в плазме > 2,0 мг/дл (> 177 мкмоль/л), почечная недостаточность;• расслаивающая аневризма аорты.

АГ, III стадия



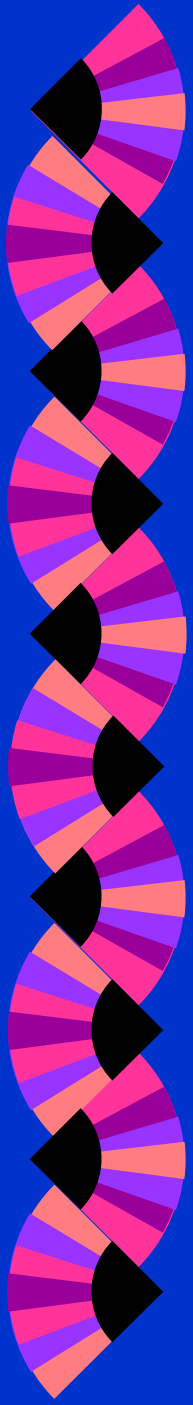
Классификация ожирения

Степени ожирения

(Международная группа по ожирению ВОЗ)

Категории массы тела	Индекс массы тела, кг/м ²
Дефицит	менее 18,5
Физиологический норматив	18,5-24,9
Избыточная (преожирение)	25,0-29,9
Избыточная (ожирение 1 степени)	30,0-34,9
Избыточная (ожирение 2 степени)	35,0-39,9
Избыточная (ожирение 3 степени)	Более 40,0

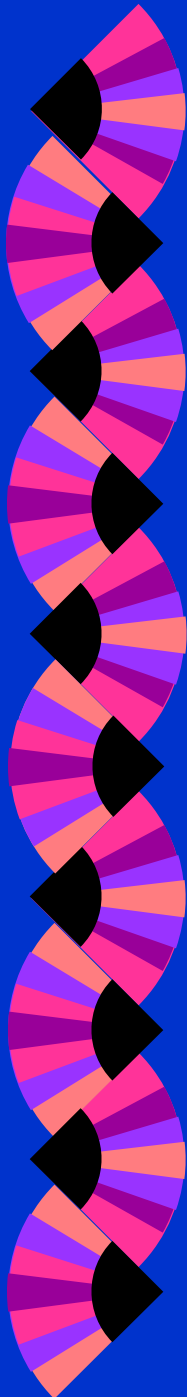
Необходимо учитывать объективный статус пациента – анасарка, как причина избыточной массы тела, речь о преожирении не идет



Классификация ХСН функциональный класс NYHA' (1964)

*Рекомендації Української Асоціації Кардіологів з діагностики, лікування та профілактики
хронічної серцевої недостатності у дорослих , 2006*

- ♦ Функциональные классы
- ♦ I - нет ограничений физической активности
- ♦ II - легкие ограничения физической активности
- ♦ III - значительное ограничение физической активности
- ♦ IV - неспособность выполнять любую физическую нагрузку без появления одышки

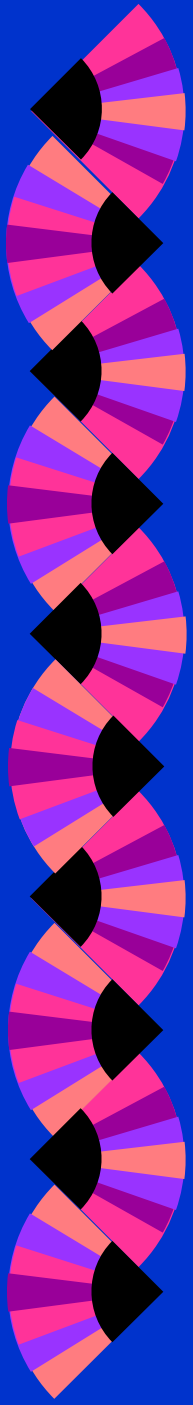


Классификация ХСН

Клинические стадии

(по Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко)

Стадии	Клинические признаки
I	Начальная, скрытая, проявляющаяся только при физической нагрузке в виде одышки, тахикардии, чрезмерной утомляемости; выраженных резче и дольше, чем у здорового человека. В покое гемодинамика и функция органов не нарушена; трудоспособность понижена
II	Наличие признаков нарушения гемодинамики. Нарушения обмена веществ и функции других органов
IIА	Недостаточность правого или левого отделов сердца. Явления застоя и нарушение функции других органов выражены слабо и чаще проявляются к концу рабочего дня или после физической нагрузки (исчезают после ночного отдыха)
IIБ	Недостаточность правых и левых отделов сердца. Явления застоя крови выражены сильнее и проявляются в покое (не исчезают после ночного покоя, могут несколько уменьшаться)
III	Конечная, дистрофическая СН с тяжелыми нарушениями гемодинамики, стойкими нарушениями обмена веществ и функции всех органов, развитием необратимых изменений структуры органов и тканей, потерей трудоспособности



Классификация ХСН

(по Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко)

Варианты ХСН

I вариант – Систолическая дисфункция левого желудочка: фракция выброса 40% и менее

II вариант – Сохраненная систолическая функция: фракция выброса более 40%

Классификация ТЭЛА

По локализации эмбола:

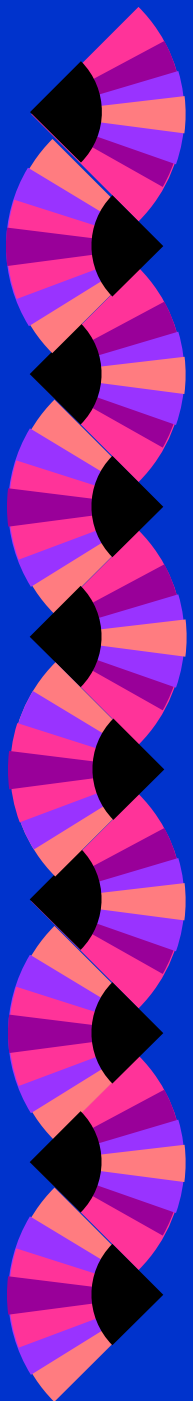
- ♦ а) массивная эмболия — при которой эмбол локализуется в основном стволе или главных ветвях легочной артерии
- ♦ б) эмболия долевых или сегментарных ветвей легочной артерии
- ♦ в) эмболия мелких ветвей легочной артерии, которая чаще бывает двусторонней

По объему выключенного артериального русла:

- ♦ малую (небольшая, объем выключенного русла 25%)
- ♦ субмаксимальную (умеренная, объем выключенного русла до 50%)
- ♦ массивную (объем выключенного русла легочной артерии более 50%)
- ♦ смертельную (сверхмассивная, объем выключенного русла более 75%) ТЭЛА

По течению:

- острую форму - внезапное начало с болью за грудиной, одышкой, падением АД, признаками острого легочного сердца
- подострую форму - прогрессирующая дыхательная и правожелудочковая недостаточность, признаки инфаркта легкого, кровохарканье
- рецидивирующую форму - повторные эпизоды одышки, обмороки, признаки инфаркта легкого



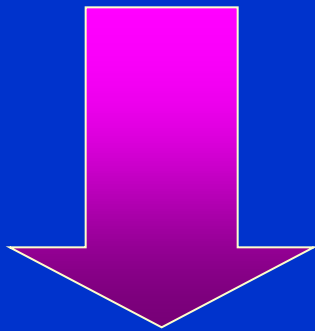
Заключительный диагноз

Конкурирующие синдромы и заболевания:

- ♦ Тромбоэмболическая болезнь. Состояние после субмассивной тромбоэмболии легочной артерии (08.01.2008). Рецидивирующее течение. Хроническое легочное сердце. Легочная недостаточность III степени. Имплантация кава-фильтра (10.04.2008, TrapEase Cordis) в нижнюю полую вену
- ♦ Состояние после острого (8.01.2008) илеофemorального венозного тромбоза слева. Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Посттромбофлебитический синдром обеих нижних конечностей. Отечная форма
- ♦ Застойная сердечная недостаточность по обеим кругам кровообращения. Артериальная гипертензия III стадии. Недостаточность митрального клапана III степени. Кардиомегалия. СН III стадии с сохраненной функцией ЛЖ (ФВ ЛЖ = 69%), ФК III

Куда можно повлиять врачебными вмешательствами

Немодифируемые



пол

Модифицируемые



Кардиоমেгалия
(иАПФ, диуретики)



Гипертензия
(иАПФ,
диуретики)



Тромбоз глубоких
вен нижних
конечностей, кава-
фильтры



ТЭЛА,
антикоагулянты



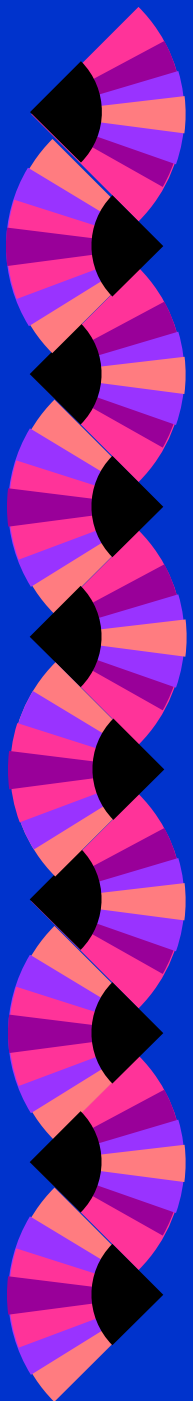
Аритмия,
антиаритмические
препараты



Возраст



Вес, диета





Хирургические и терапевтические направления терапии

- ♦ Профилактика повторных тромбоэмболических осложнений (установка кава-фильтра в нижнюю полую вену, антикоагулянты)
- ♦ Модификация образа жизни
 - снижение и контроль массы тела
 - ограничение объема потребляемой жидкости
 - диетические ограничения
 - возвышенное положение ног в положение лежа и оптимальный режим двигательной активности
 - периодическое бинтование нижних конечностей или чулки (при ходьбе)
- ♦ Терапевтическая коррекция синдромов артериальной гипертензии, сердечной недостаточности

Хирургическая и терапевтическая коррекция синдромов

Предлагаемые в

рекомендациях *,**,***

- Кава-фильтр – профилактика повторных тромбозов
- Непрямые антикоагулянты иАПФ
- АРА II
- Антагонисты альдостерона
- Бета-адреноблокаторы
- Сердечные гликозиды (дигоксин) в гомеопатических дозах
- Диуретики при отечном синдроме

Используемые в терапии

пациента

- Кава-фильтр в нижней полой вене
- варфарин по схеме под контролем МНО (2,0-3,0)
- лизиноприл 2,5 мг утром 1 раз в день
- эплеренон 25 мг 2 раза в день
- торасемид 5 мг или фуросемид по схеме
- амиодарон 200 мг 1 раз в сутки

*- Рекомендаций Української Асоціації Кардіологів з діагностики, лікування та профілактики артеріальної гіпертензії, 2007

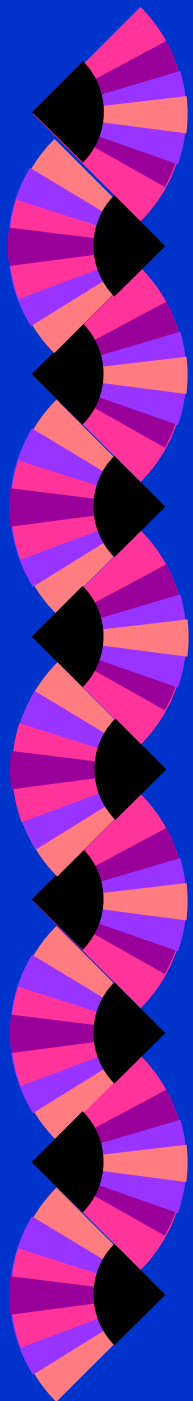
** - Рекомендаций Української Асоціації Кардіологів з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих, 2006

***Task Force Report. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Society of Cardiology // Europ. Heart J. – 2000– Vol. 21, P.1301–1336.

Результаты вмешательства

некоторые клинические показатели спустя 2 недели лечения

- ♦ Уменьшение одышки
- ♦ Уменьшение периферических отеков
- ♦ Стабилизация АД 100/60 мм рт ст
- ♦ ФК СН до III
- ♦ Пациент выписан для дальнейшего лечения по месту жительства, оформления МСЭК



Результаты вмешательства

некоторые клинические показатели спустя 2 недели лечения



Общий план пациента





*Docendo discimus (Seneca) –
Обучая других, учимся сами*

Спасибо за внимание